WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XIII 1942 NUMER 4

Prof. dr R. BIELING. Z sero-bakteriologicznego oddziału Behringwerke.

WPŁYW ALERGII NA PRZEBIEG ZAKAŻENIA

(Medizin u. Chemie, 1934, str. 76).

Na podstawie znajomości powtarzających się wielokrotnie przewlekłych lub nawracających zakażeń można wyrobić sobie pewien pogląd na odczyny alergiczne ustroju, zachodzące pod wpływem przedostawania się do krwiobiegu różnego rodzaju bakterii. Tak więc choroby „gośćcowe", cechujące się zmianami w mięśniu sercowym, wsierdziu oraz stawach, zostały uznane za wyraz stanów alergicznych. Procesy zachodzące tutaj mogą być wywołane przy pomocy każdego antygenu, tak żywego jak i martwego, jedynie pod warunkiem wielokrotnego wprowadzania go do krwiobiegu. Badania doświadczalne, prowadzone przez nas w ciągu ostatnich lat, przyczyniły się do bliższego wyjaśnienia procesów zachodzących w ustroju pod wpływem wielokrotnego wprowadzania doń stale jednych i tych samych zarazków. W rozważaniach naszych obraliśmy za punkt wyjścia badania nad powstawaniem różnych postaci klinicznych gruźlicy.

Jak wiadomo, największym zarzutem współczesnych przeciwko twierdzeniu o przyczynowym znaczeniu prątków *Kocha* w gruźlicy płuc była różnorodność postaci chorobowych, przy czym wprost niemożliwą rzeczą wydawało się, aby zarówno suchoty płuc pospolite, jak i serowate zapalenie płuc oraz gruźlica prosówkowa powstawały pod wpływem tego samego rodzaju drobnoustrojów.

Wyjaśnieniem powyższego paradoksalnego zjawiska zajmowały się prace badawcze *Behringa* i *Roemera.* Doświadczenia tych autorów przeprowadzone na świnkach morskich, zakażonych gruźlicą, zostały wykorzystane w poniższej pracy.

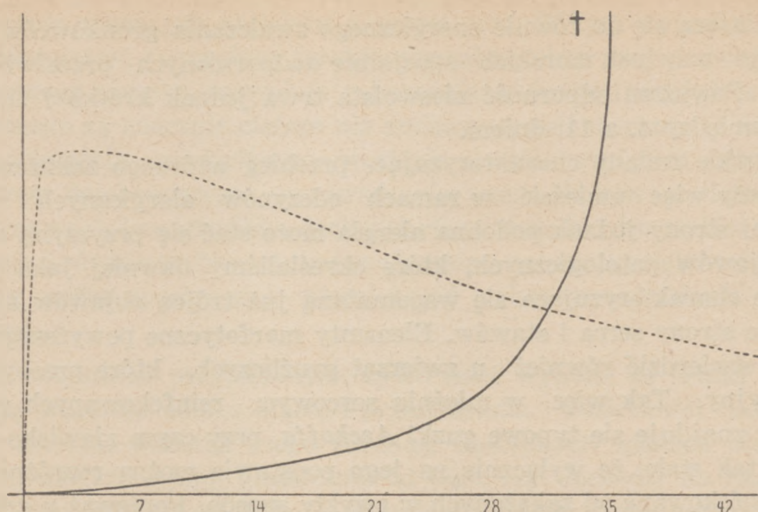
Wprowadzając świnkom morskim dożylnie odpowiednie dawki zjadliwych prątków gruźlicy bydlęcej, nie spostrzega się w pierwszych dniach żadnych widocznych zmian w płucach zwierząt doświadczalnych. Z końcem pierwszego tygodnia pojawiają się niewielkie szare ogniska, które

powoli wzrastają, pozostawiając pomiędzy sobą prawidłową tkankę płucną. Podobne obrazy spotyka się w wątrobie, śledzionie oraz nerkach. Z biegiem dalszych tygodni ogniska powiększają się coraz bardziej i ulegają w pośrodku rozpadowi, tym niemniej jednak ograniczająca je tkanka płucna pozostaje jeszcze nietknięta. W dalszym ciągu zaznacza się nagły postęp sprawy chorobowej: poszczególne ogniska zaczynają się między sobą zlewać, dołączają się procesy wysiękowe i zwierzęta giną w chwili, gdy płuca ich nie posiadają prawie wcale prawidłowo pracujących pęcherzyków.

Zupełnie odmienny jest przebieg choroby u zwierząt, które na trzy tygodnie przed takim samym zakażeniem ulegną zetknięciu z prątkami *Kocha*. Rzecz zrozumiała, że to wstępne zakażenie należy dawkować tak ostrożnie, aby nie doprowadziło ono samo przez się do ciężkiego stanu zwierzęcia. W tym celu można stosować również niezjadliwe prątki *Kocha* lub też zarazki zabite, dzięki czemu dochodzi jedynie do niewielkich zmian ogniskowych, które wkrótce ulegają samorodnej remisji.

Powtórne zakażenie, przeprowadzone po upływie kilku tygodni, charakteryzuje się wówczas gwałtownymi objawami chorobowymi, występującymi już w ciągu pierwszych godzin od chwili wprowadzenia zarazków chorobotwórczych. Tego rodzaju odczyn wczesny jest niezwykle znamienny dla reinfekcji prątkami *Kocha*, które dostają się do ustroju w określonym czasie od chwili zakażenia pierwotnego. W reinfekcji przeprowadzonej poprzez tchawicę udaje się stwierdzić istnienie nacieków wczesnych nawet w obrazie rentgenowskim zwierząt doświadczalnych *(Redeker)*. W razie umieszczenia materiału reinfekującego w komórce przedniej oka można bardzo dokładnie obserwować przebieg objawów patologicznych bezpośrednio lub przy pomocy lampy szczelinowej.

Oprócz tego prace nad znaczeniem spraw alergicznych w patogenezie gruźlicy płuc opierają się na badaniach seryjnych, w których obserwuje się zmiany anatomiczne zwierząt ginących z powodu choroby lub też zabijanych w ustalonych odstępach czasu. Z badań tych wynika druga charakterystyczna cecha reinfekcji. Objawy nacieczenia wczesnego, które ze względu na swój nagły początek oraz znaczną rozległość mogłyby nasuwać przypuszczenie niepomyślnego zejścia sprawy chorobowej, stopniowo, w ciągu tygodni, ulegają wessaniu, dzięki czemu początkowo groźnie przedstawiające się cierpienie zostaje ostatecznie doprowadzone do wyleczenia. Gdyby teraz spróbować przedstawić sobie w graficzny sposób ciężkość przebiegu obydwóch rodzajów zakażenia, wówczas otrzymalibyśmy dwie krzywe: linia ciągła oznaczałaby tu przebieg choroby u zwierzęcia nie zakażonego — po początkowych łagodnych objawach stopniowe pogorszenie prowadzące w coraz szybszym tempie do zejścia śmiertelnego. Linia przerywana, odzwierciadlająca rozwój choroby w zakażeniu wtórnym, po



nagłym stromym wzniesieniu się już w pierwszych godzinach od chwili zachorowania, wiedzie stopniowo do ustąpienia objawów i wyzdrowienia.

Podczas mikroskopowego badania przekrojów płuc stwierdzono, że skupienia bakterii, bardzo liczne u zwierząt zakażonych po raz pierwszy dużą dawką, nie pojawiły się zupełnie u zwierząt reinfekowanych. Dlatego też w dalszych spostrzeżeniach próbowaliśmy ustalić, czy szybkość wydzielania drobnoustrojów wprowadzonych dożylnie nie okaże się szybszą w reinfekcji niż u zwierząt zakażonych po raz pierwszy. Podobne doświadczenia przeprowadzaliśmy już wielokrotnie z różnymi rodzajami drobnoustrojów, przy czym u zakażonych zwierząt doświadczalnych pobieraliśmy w określonych odstępach czasu niewielkie próbki krwi i przy pomocy posiewu określaliśmy liczbę bakterii na podstawie liczby kolonii bakteryjnych wyrosłych na pożywce stałej. Sposób powyższy ze względów technicznych nie nadawał się do zastosowania przy badaniach nad prątkami gruźlicy, ponieważ wskutek słabego wzrostu prątków oraz łatwego skłaczania się ich we krwi liczba kolonii nie mogłaby odpowiadać liczbie wolno krążących zarazków. Z wyłuszczonych powodów badania nasze przeprowadzaliśmy w ten sposób, że podczas powtórnego zakażenia świnek morskich prątkami wprowadzaliśmy równocześnie do krwi inne zarazki, a mianowicie gronkowce, których wydzielanie z krwi dało się względnie łatwo prześledzić.

W wyniku doświadczeń okazało się, iż u nie zakażonych uprzednio zwierząt kontrolnych krążyła we krwi bezpośrednio po infekcji znaczna liczba gronkowców, natomiast u zwierząt, które przebyły szok reinfekcyjny, zarazki znikały z krwi w stosunkowo krótkim czasie. Słowem zwierzęta, które uprzednio przebyły łagodne zakażenie gruźlicze, były nie tylko odporniejsze na wpływ prątków, lecz także posiadały odporność nieswoistą,

przyczyniającą się do równie energicznego zwalczania gronkowców jak to się widuje u świnek morskich specjalnie uodpornionych przeciwko gronkowcom. Powyższa odporność nieswoista trwa jednak krótko i znika zupełnie pomiędzy 4. a 11. dniem.

Wszystkie zmiany charakteryzujące przebieg wtórnego zakażenia gruźlicą należy więc umieścić w ramach odczynów alergicznych ustroju. Z drugiej strony jednak podobna alergia może stać się przyczyną określonych objawów patologicznych, które określaliśmy dawniej jako zmiany gośćcowe charakteryzujące się wspomnianą już trójcą objawów anatomicznych ze strony serca i stawów. Elementy morfotyczne powyższego stanu dają się stwierdzić również u zwierząt gruźliczych, które przebyły szok reinfekcyjny. Tak więc w mięśniu sercowym reinfekowanych gruźlicą królików znajduje się typowe guzki *Aschoffa*, przy czym zjawisko powyższe jest tak stałe, że wyłącznie na jego podstawie można rozróżnić zwierzęta reinfekowane od zakażonych w zwykły sposób. Ponieważ u człowieka istnieją duże możliwości powtarzającej się bacilemii gruźliczej, przeto należy się liczyć z powstawaniem odczynowych zmian gośćcowych również w patologii ludzkiej.

W dalszych badaniach nad alergią, przeprowadzonych przez nas w analogiczny sposób, mieliśmy możność przekonania się, że podobne odczyny alergiczne wraz z łagodniejszym przebiegiem zakażenia gruźliczego udawało się wywoływać również u zwierząt zakażanych innymi prątkami kwasoodpornymi oraz zarazkami trądu.

Pozostało wreszcie do rozstrzygnięcia zagadnienie, który ze składników prątków przyczynia się do alergicznego przestrojenia ustroju. Okazało się bowiem, że innoczynność występuje zarówno po wstrzyknięciu zarazków żywych jak i zabitych. Przemawiałoby to za tezą, że przestrojenie ustroju nie jest zależne od procesów życiowych prątków *Kocha*. Również i ciała trujące zawarte w prątkach a określane mianem tuberkulin nie wchodzą tu w rachubę. Wynika to już choćby z przytoczonego faktu, iż inne pałeczki kwasoodporne, nie wytwarzające tuberkuliny, mogą również przyczynić się do wywołania alergii. Przypuszczenie powyższe zostało w całej rozciągłości potwierdzone danymi doświadczalnymi. Nieczynne są także charakterystyczne składniki prątków w postaci ciał tłuszczowych i woskowych.

Niezależnie od niemożności bliższego określenia ciała wywołującego alergię należy stwierdzić, że przestrojenie ustrojowe, wywołane prątkami *Kocha* u zakażonych królików, nie zawsze jest homologiczne i nie zawsze ogranicza się do rodzaju drobnoustrojów, które były użyte do wywołania alergii. Przytoczone na wstępie doświadczenia z gronkowcami stwierdziły u zwierząt zakażonych gruźlicą szybsze wydzielanie gronkowców, wprowadzonych do krwiobiegu. W dalszym ciągu zdołano również wykazać, że skąd inąd całkiem niewinne drobnoustroje, jak np. pałeczki okrężnicy, dostając się do płuc zwierząt z alergią gruźliczą, mogą przyczynić się do po-

wstawania znacznych nacieków a nawet jam. W tym wypadku zatem odczyn alergiczny, wywołany powtórnym zakażeniem przy pomocy zupełnie odmiennego zarazka, wywołuje zaburzenia, które pod względem przebiegu klinicznego są znacznie cięższe niż zmiany wywołane przez te same zarazki u zwierzęcia nie będącego w stanie alergii względem gruźlicy. Pod wpływem dotchawiczego wprowadzania pneumokoków zwierzętom alergicznym względem gruźlicy, dochodzi również do bardzo szybko rozwijających się i równie szybko znikających zmian natury wysiękowej. Podobne objawy można spostrzegać również pod wpływem zadziałania krętkami bladymi.

Ze wszystkich przytoczonych spostrzeżeń wynika, że prątki *Kocha* posiadają własność daleko idącego przestrajania właściwości odpornościowych ustroju, wskutek czego przebieg następnych zakażeń ulega daleko idącym modyfikacjom, niezależnie od tego, czy dochodzi do istotnej reinfekcji, czy też gdy do ustroju dostają się całkiem inne zarazki, niekiedy nie posiadające wybitniejszego znaczenia patogenetycznego.

Dr H. WEYCHERT, Butzbach,

O LECZENIU WRZODU ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY PRZY POMOCY PRZETWORU BOVISERIN (EQUISERIN)

(Referat podług Fortschr. Ther., 1940, z. 9).

O możliwości leczenia wrzodu żołądka przy pomocy doustnego podawania surowicy bydlęcej lub końskiej (Boviserin lub Equiserin) dowiedział się *Weychert* dopiero od pewnego pacjenta, który po wypisaniu ze szpitala po przeprowadzeniu kuracji surowicą, zgłosił się do niego w celu dalszego leczenia. Gdy więc tenże chory ponownie dostał bardzo silnych dolegliwości, *Weychert* powtórzył leczenie surowicą, zużywając w tym celu 900 cm^3 Boviserin; objawy chorobowe ustąpiły całkowicie w ciągu krótkiego czasu. Od tej pory *Weychert* leczył cały szereg dalszych chorych przy pomocy surowicy bydlęcej (Boviserin), wykonując uprzednią kontrolę promieniami *Röntgena.* Kuracje były przeprowadzane w okresie od grudnia do marca a więc w czasie, kiedy dolegliwości wrzodowe zaznaczają się z największą siłą. Nadkwaśność, zgaga oraz kwaśne odbijania znikały już po doustnym podaniu 50 — 100 cm^3 Boviserin. W zimie 1939/1940 leczono 4 uporczywe przypadki wrzodu przy pomocy Boviserin (Equiserin); u 11 chorych z wrzodem dwunastnicy oraz 2 z wrzodem żołądka, obecność wrzodów była uprzednio stwierdzona podczas badania rentgenowskiego. Większość chorych miała już poza sobą jedną lub więcej kuracji wrzodo-

wych. Wyniki stosowania surowicy były bardzo dobre, podobnie zresztą jak to spostrzegano w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu żołądka (u 31 chorych) oraz nieżytu żołądka i dwunastnicy. Również i tutaj chorzy z nadkwaśnością szczególnie pomyślnie oddziaływali na codzienne podawanie 4 — 6 łyżek stołowych surowicy. Przepisy dietetyczne, które oczywiście zawsze posiadają odpowiednie znaczenie, mogły być jednak dzięki leczeniu surowicą szybko łagodzone. Niezwykle dobre wyniki miało przynosić stosowanie surowicy w przypadkach wrzodów z równoczesnym nieżytem żołądka lub dwunastnicy. Stosowano tutaj z rana na czczo 2 — 3 łyżki stołowe Boviserin lub Equiserin oraz przed każdym posiłkiem po 2 łyżki stołowe tegoż leku. Stosowanie surowicy nie wywołało żadnych działań ubocznych u spostrzeganych chorych.

Oto kilka przykładów:

1. ♂ lat 44. Dolegliwości żołądkowe od 12 lat: zgaga, bóle po jedzeniu. Dotychczasowe leczenie bez większego wyniku. Badanie rentgenowskie: wrzód dwunastnicy. Po 3-tygodniowym leczeniu przy pomocy Boviserin całkowite ustąpienie dolegliwości.
2. ♀ lat 60. Choruje na żołądek od r. 1915. W r. 1917 zespolenie żołądkowo-jelitowe. Do roku 1921 wolny od dolegliwości. W r. 1922 ponowna operacja. Nawrót dolegliwości od r. 1935. Wynik badania rentgenowskiego: wrzód żołądka. Przeprowadzono 14-dniowe leczenie przetworami Boviserin i Equiserin. Od tej pory pacjent jest zupełnie wolny od dolegliwości.
3. ♂ lat 25. Od 3 lat wciąż nawracające dolegliwości wrzodowe. Wynik badania rentgenowskiego: wrzód dwunastnicy. 5-tygodniowe leczenie przy pomocy Boviserin. Ustąpienie dolegliwości już po 14 dniach.

Prof. dr med. i fil. ERWIN BECHER,
Z kliniki wewnętrznej w Frankfurcie n. M.

WOJENNE ZAPALENIE NEREK

(Referat podł. M. M. W. 1941, 2. 1.).

W okresie wojny światowej najżywsze zainteresowania internistów skupiały się oczywiście dokoła zagadnień związanych z chorobami zakaźnymi i ich zwalczaniem. Nie tylko jednak na tym polu przeżyliśmy cały szereg niespodzianek, które przyczyniły się do znacznego postępu wiedzy. Wprawdzie nie na samym początku wojny, już jednak w r. 1915 zaczęły pojawiać się przypadki chorób nerek o charakterze rozlanego kłębkowego zapalenia, nawiedzającego głównie żołnierzy frontowych, w dalszym zaś rzędzie ludność cywilną. Podczas obecnej wojny zjawisko podobne jeszcze nie powtórzyło się, jednak doświadczenia poczynione wówczas warte są przypomnienia, tym bardziej, że wiążą się one ściśle z ogólnym podejściem leczniczym do zwykłego kłębkowego zapalenia nerek.

Poglądy na etiologię t. zw. wojennego zapalenia kłębków nerkowych są bardzo rozbieżne. *Munk* przypisuje w większości przypadków największe znaczenie przeziębieniom, zapaleniom migdałków podniebiennych oraz in-

nym sprawom zakaźnym, za czym zdawałaby się przemawiać gorączka spotykana z reguły w tych przypadkach. *Siebeck* podkreśla wzmożone występowanie choroby w pewnych odcinkach frontu, co mogłoby posiadać związek z wpływami atmosferycznymi oraz wilgocią. *Hirsch* broni tezy konstytucjonalnej, *Bradford* podkreśla szkodliwy wpływ nadmiernego używania soli zawartej w konserwach oraz stosowanej w celu polepszenia smaku zmarzniętych ziemniaków. Sposób odżywiania nie zdaje się jednak odgrywać roli przyczynowej, natomiast szereg objawów spotykanych w wojennym zapaleniu nerek, jak powiększenie śledziony, nieżyt oskrzeli i gorączka przemawiają raczej za zakaźną naturą omawianego cierpienia.

Nie wdając się bliżej w szczegółowe rozważania etiologii wojennego zapalenia nerek, musimy stwierdzić, że zalicza się ono do ostrego zapalenia kłębków nerkowych, które w myśl współczesnych poglądów ujmujemy jako odczyn alergiczny ze strony nerek. Jak wiadomo, *Volhard* dopatruje się głównej przyczyny zmian w kurczu naczyń nerkowych stanowiącym wyraz ogólnego stanu angiospastycznego. Dalsze badania stwierdziły, że dużą rolę odgrywa tu przede wszystkim czynnik zapalny, bez wątpienia jednak dochodzi do stanu kurczowego naczyń, co stanowi przyczynę całego szeregu objawów. Rozlane zapalenie nerek powstaje, jak wiadomo, w okresie pozakaźnym w ciągu dwóch do trzech tygodni od ustąpienia choroby podstawowej. Zapalenia nerek, wywiązujące się po przeziębieniach, powstają względnie szybko po zadziałaniu zimna, w każdym bądź razie prędzej niż zapalenie nerek po płonicy lub zapaleniu migdałków podniebiennych.

Odnośnie do czasu powstawania wojennego zapalenia nerek nie mamy dokładniejszych danych. Niekiedy cierpienie występuje nagle, niekiedy zaś poprzedzane jest częstym oddawaniem nadmiernych ilości moczu. Stopniowo dołącza się następnie osłabienie, duszność, wreszcie pod wieczór zaczynają występować obrzęki. Wojenne zapalenie nerek, jak w ogóle rozlane zapalenia kłębków nerkowych, charakteryzuje się trójcą kardynalnych objawów w postaci podwyższenia ciśnienia krwi, obrzęków oraz krwiomoczu. Tak więc większość autorów podkreśla częstość podwyższenia ciśnienia krwi, które jednak nie utrzymuje się długo, znikając już po upływie kilku dni lub paru tygodni. Częstość tętna bywa z reguły zwolniona, przyspieszenie jej wskazuje na niedomogę krążenia, której niebezpieczeństwo w wojennym zapaleniu nerek jest na ogół duże. Bardzo często w chwili nagłego podwyższenia ciśnienia dochodzi zatem do rozszerzenia serca, sinicy, duszności oraz powiększenia wątroby. Niekiedy dołączają się również objawy czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej oraz zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej. Rytm cwałowy serca oraz obrzęk płuc towarzyszą przypadkom o cięższym przebiegu.

Odnośnie do zmian w moczu większość autorów podkreśla szczególnie wybitny krwiomocz, nie tylko mikroskopowy lecz również dający się

stwierdzić okiem nieuzbrojonym. Mikrohematuria może utrzymywać się tu całymi miesiącami nawet po całkowitym ustąpieniu wszelkich innych objawów. Nieobecność krwiomoczu zanotowano jedynie w niewielkim odsetku przypadków. Wspomniana mikrohematuria, trwająca dłuższy czas, jest wyrazem ogniskowego zapalenia nerek, które dołącza się do podstawowej sprawy chorobowej o charakterze rozlanym.

Białkomocz w wojennym zapaleniu nerek jest najczęściej znaczny i dochodzi niekiedy do 30‰. W osadzie stwierdza się obecność wałeczków wszelkiego rodzaju. Niekiedy już w wczesnym okresie stwierdza się obecność ciał dwułomnych, z czego nie można wyciągać wniosku, że choroba jest nieuleczalna. Spostrzegano również przypadki wojennego zapalenia nerek z wzmożeniem ciśnienia krwi oraz objawami puchlinowymi, jednak bez białkomoczu. Ciężar właściwy moczu bywał najczęściej wysoki 1020—1030. Ilość dobowa moczu w okresie początkowym ulegała zmniejszeniu zarówno z przyczyn pochodzenia pozanerkowego jak i na tle nerkowego ograniczenia wydzielania wody. Zupełny bezmocz nie był zjawiskiem częstym. W każdym bądź razie niebezpieczeństwa ze strony serca są poważniejsze niż niebezpieczeństwo bezmoczu.

Zmiany dna oka należą do zjawisk rzadkich i nie stanowią tu o nieuleczalności choroby.

Czynność nerek ulega zaburzeniom: zdolność wydzielania wody oraz czynność rozcieńczająca nerek ulegają większemu upośledzeniu niż czynność zagęszczająca — spostrzega się tu zatem stosunki odwrotne niż w przypadkach nerki marskiej. Badanie krwi stwierdza częstokroć wzmożenie zawartości mocznika, jednakowoż do objawów prawdziwej mocznicy dochodzi bardzo rzadko i raczej w przypadkach połączonych z bezmoczem.

Przebieg wojennego zapalenia nerek bywa z reguły łagodny. *Hirsch* określa śmiertelność na 0,3 — 3,3%. Również przejście sprawy w przewlekłe zapalenie nerek jest względnie rzadkie. O wyzdrowieniu można mówić w razie ustąpienia podwyższenia ciśnienia krwi, obrzęków oraz niewydolności nerek. Utrzymywanie się białkomoczu oraz krwiomoczu nie decyduje jeszcze o niewyleczeniu choroby. Bądź co bądź chorych z tego rodzaju szczątkowym krwiomoczem i białkomoczem powinniśmy wciąż poddawać kontroli, ponieważ niekiedy po upływie nawet szeregu lat ten czy ów przypadek okazuje się nieuleczalnym przewlekłym zapaleniem nerek. Jak wynika ze spostrzeżeń kliniki *Volharda*, więcej widoków na zupełne wyleczenie mają chorzy o ostrym i burzliwym przebiegu niż pacjenci, którzy w okresie ostrym mają objawy zaznaczone w sposób mniej wybitny.

W leczeniu bardzo ważnym warunkiem jest wczesne i bezwzględne ułożenie chorych w łóżku. Nie mniej ważnym czynnikiem jest celowe leczenie dietetyczne. Nie posiadamy wprawdzie swoistego środka przeciwko zapaleniu nerek (wyjąwszy Torantil, który może zapoczątkować erę swo-

istego leczenia zapaleń nerek), tym niemniej jednak celowe postępowanie prowadzi do bardzo dobrych wyników. Od dawna porzucono sposoby mające na celu „przepłukiwanie“ ustroju. Natomiast powszechnie podkreślana jest niezwykła skuteczność suchych i postnych dni *Volharda*. Już w 1916 roku twierdził *Volhard*, że w ostrym zapaleniu nerek można bezwzględnie zapobiec zejściu śmiertelnemu choroby. Tak więc niebezpieczeństwo ze strony układu krążenia, wysuwające się na pierwszy plan w wojennym zapaleniu nerek, usuwamy przy pomocy głodówki połączonej z suszeniem w ciągu 3 — 5 a nawet 7 dni. Na początku należy dbać o osiągnięcie obfitego wypróżnienia przy pomocy soli gorzkiej lub oleju rącznikowego. W razie nieznoszenia pragnienia przez chorych można podać niewielką ilość surowych owoców. Objawy ewentualnej niewydolności krążenia zwalcza się przy pomocy dożylnego stosowania strofantyny w dawkach po 0,2 mg w 10 — 20 cm³ 20%-owego cukru gronowego. Postępowanie powyższe przyczynia się do spadku ciśnienia, poprawy pracy serca oraz doprowadza do szybkiego znikania pozostałych objawów. Obrzęki ustępują, przestaje zagrażać niebezpieczeństwo mocznicy drgawkowej jak również poprawia się czynność nerek.

Środki uspokajające wywierają pomyślne działanie w razie objawów mocznicy rzekomej. Autorzy amerykańscy polecają siarczan magnezu. Wstrzykuje się go z szybkością 2 cm³ na minutę w postaci kroplówki dożylnej w ilości 10 — 20 cm³ 1%-owego roztworu na kilogram wagi ciała. Zwykle stosowanymi zabiegami są: upust krwi, nakłucie lędźwiowe oraz dożylne wstrzykiwania stężonych rozczynów cukru gronowego. W razie dalszego niebezpieczeństwa, zagrażającego chorym na wojenne zapalenie nerek, mianowicie bezmoczu — stosuje się zabiegi następujące: przede wszystkim próba poprawy ukrwienia nerek na drodze odruchowej ze skóry okolicy lędźwiowej. Do powyższego celu nadają się gorące okłady lub bańki cięte. Oprócz tego można stosować diatermię, fale krótkie, znieczulenie przykręgowe, naświetlania promieniami *Röntgena*, duże dawki alkaliów. Gdy wszystkie wspomniane zabiegi zawodzą, wypada uciec się do dekapsulacji, którą należy wykonać najpóźniej w trzecim dniu bezmoczu.

Zabiegi fizyczne w postaci gorących kąpieli oraz środków wywołujących poty wyszły już nieco z mody.

Środki moczopędne z grupy ciał purynowych jak również liquor kalii acetici mogą przynosić pewien pożytek. Uderzenie wodne *Volharda*, jako środek uruchamiający diurezę, okazuje się najczęściej zbędne. Niekiedy poprawa wraz z obniżeniem się ciśnienia tętniczego krwi zaznacza się po podskórnym lub dożylnym wstrzyknięciu ½ — 1 cm³ adrenaliny. Pewne znaczenie pobudzające wydzielanie moczu wywiera również chlorek wapnia, który należy stosować w dawkach dużych, wynoszących 5 — 10 — 18 g dziennie. Największe znaczenie lecznicze, jak to jeszcze raz podkreś-

lamy, posiada jednak wczesne ułożenie chorych do łóżka oraz zastosowanie postnych i suchych dni.

W przypadkach opornych na leczenie nie należy zapominać o usunięciu zmian mogących być przyczyną zakażenia ogniskowego.

Wreszcie należy wskazać również na szczególne wskazania lecznicze pochodzące z kliniki *Nonnenbrucha:*

Nonnenbruch stoi na stanowisku, że rozlane zapalenie nerek posiada charakter odczynu antygenów z przeciwciałami. Za tego rodzaju ujęciem przemawia pojawienie się w warunkach doświadczalnych rozlanego zapalenia kłębków nerkowych u królików pod wpływem wstrzyknięcia surowicy kaczek uczulonych na tkankę nerkową królików. U człowieka rolę antygenu mogłyby odgrywać jady paciorkowcowe. Osobiście podkreśliłbym jeszcze znaczenie innego faktu. Jak wiemy, jelita oraz nerki odznaczają się największą zawartością histaminazy, a więc zaczynu powodującego rozpad histaminy. Histamina natomiast posiada duże znaczenie w procesach alergicznych. Można przyjąć, że pod wpływem wilgoci i zimna, prawdopodobnie na skutek zaburzeń w ukrwieniu nerek zmniejsza się zawartość histaminazy w nerkach, co przyczynia się do znacznie łatwiejszego występowania odczynu antygenów z przeciwciałami. Słowem można wysunąć tezę, iż rozlane zapalenie kłębków nerkowych jest następstwem zmniejszenia się zawartości histaminazy w nerkach. Dlatego też w odpowiednich przypadkach zalecam stosowanie Torantilu, który wywiera działanie zapobiegawcze przeciwko zapaleniu nerek, pojawiającemu się w następstwie anginy lub płonicy. Próby stosowania Torantilu są wskazane również w początkach rozlanego zapalenia kłębków nerkowych.

Prof. dr H. SCHMIDT, Zakłady Behringa w Marburgu,

SUROWICA PRZECIW ZAPALENIU OTRZEWNEJ

(Referat podług Ztbl. Chir. 1940, nr 1).

Surowica przeciw zapaleniu otrzewnej Behringwerke zawiera nie tylko antytoksynę przeciwko pałeczkom *Fränkla,* której wartościowość została w ostatnich latach znacznie zwiększona, lecz także posiada antytoksynę przeciwko bacterium coli. Również i ten składnik surowicy jest nastawiony na działanie czysto antytoksyczne, opierając się na założeniu, że organizm wolny od trującego działania jadów bakteryjnych potrafi z łatwością doprowadzić drobnoustroje do rozpuszczenia przy pomocy zwykłych środków obronnych. Pomimo, iż wśród pałeczek okrężnicy rozróżnia się cały szereg typów o odmiennych własnościach serologicznych, to jednak nie ma podstaw do przypuszczenia, że poszczególne rodzaje pałeczek wytwarzają

odmienne jady. Sprawa ta zresztą będzie wymagała w przyszłości większej uwagi. Pomimo nalegania kilku stron Zakłady Behringa nie mogły zdecydować się na dodanie do surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej również antytoksyny enterokokowej. Mieszanina tego rodzaju pociągnęłaby za sobą przede wszystkim zwiększenie objętości opakowań, gdyż w przeciwnym razie rozcieńczenie antytoksyn dotychczas zawartych w surowicy byłoby zbyt wielkie. Poza tym nie można było przekonać się o skuteczności wspomnianego dodatku surowicy enterokokowej. W niezmiernie rzadkich przypadkach udawało się otrzymać szczepy enterokoków, które posiadały znaczenie patogenetyczne dla zwierząt. Pozostaje zresztą kwestią otwartą, czy w wspomnianych przypadkach chodziło istotnie o tak zwane enterokoki. Na podstawie serologicznych badań nad antygenami grup streptokokowych badacze amerykańscy przyjmują, że właściwe enterokoki stanowią grupę odróżniającą się pod względem serologicznym od innych paciorkowców. Z punktu widzenia bakteriologicznego natomiast nie posiadają enterokoki żadnych cech charakterystycznych, nie spotykanych nigdy u innych pokrewnych paciorkowców, tak że czysto bakteriologiczne rozpoznanie ziarenkowców jelitowych nie może być nigdy ustalone z całą pewnością. Dlatego też *Gundel,* będący dawniej gorliwym zwolennikiem rozróżniania grupy enterokoków, obecnie proponuje mówić jedynie o różnopostaciowych paciorkowcach. Odosobnione dane piśmiennictwa nie pozwalają na stwierdzenie z całą pewnością, czy w odnośnych przypadkach rzeczywiście występowały właściwe ziarenkowce jelitowe, co w myśl obecnych poglądów należałoby zawsze stwierdzać na drodze badania serologicznego. Wobec braku zjadliwości dla zwierząt wspomnianych paciorkowców, dotychczas nie udało się dać jakiegokolwiek liczbowego dowodu istotnej wartości ochronnej antytoksyny enterokokowej, otrzymanej z surowicy końskiej. Tak więc paciorkowce jako bakterie wywołujące zapalenie otrzewnej nie podlegają działaniu surowicy przeciw zapaleniu otrzewnej Behringwerke. Dlatego też w przypadkach, w których paciorkowce mogą wywierać pewien wpływ na zapalenie otrzewnej, poleca się stosowanie surowicy paciorkowcowej. Jednak nie można przypisać surowicy paciorkowcowej pełni skuteczności, ponieważ zgodnie z nowszymi badaniami wymagane jest tu jeszcze zastosowanie surowicy odpowiedniego typu, podobnie jak to się ma z surowicami pneumokokowymi. Wśród paciorkowców rozróżnia się również około 30 najróżnorodniejszych typów grupy A wchodzącej w rachubę u człowieka. Nie jest rzeczą wiadomą, które z wspomnianych typów stanowią w pierwszym rzędzie przyczynę zapalenia otrzewnej u ludzi. Zakłady Behringa wytwarzają zatem surowicę swoistą jedynie dla najbardziej rozpowszechnionych typów paciorkowców I — IV (V). Również rozpoznanie typu paciorkowca jest znacznie trudniejsze niż rozróżnienie poszczególnych odmian pneumokoka. Pomyślnych wyników można oczekiwać jedynie w przypadkach, w których zachodzi zgodność typu paciorkowca z typem

zastosowanej surowicy, co oczywiście nie zawsze może być osiągnięte z dostateczną pewnością.

Na zakończenie należy powiedzieć jeszcze kilka słów o chorobie posurowiczej. Nie należy mieszać jej z objawami pierwotnego wstrząsu dołączającego się bezpośrednio do wstrzyknięcia surowicy. Wstrząs tego rodzaju powstawać może na tle nadwrażliwości u ludzi, którzy już uprzednio byli leczeni surowicą. Dlatego też przy pomocy wywiadów oraz odpowiednich odczynów wstępnych należy stwierdzić obecność nadwrażliwości, celem odpowiednio ostrożnego wykonania niezbędnego wstrzyknięcia surowicy (znaczne rozcieńczenie, adrenalina). Prawdopodobnie podczas narkozy zmniejsza się również skłonność do wystąpienia wstrząsu, nie dając jednak bezwzględnej pewności jego uniknięcia. Pierwotny wstrząs posurowiczy ma być zjawiskiem względnie rzadkim, podczas gdy choroba posurowicza nawet w razie braku nadwrażliwości zwykła pojawiać się w mniej-więcej 20% przypadków. W pewnych okolicznościach choroba posurowicza może być zjawiskiem bardzo nieprzyjemnym, pomimo swego dobrego rokowania. Nie posiadamy środka wyłączającego z całą pewnością chorobę posurowiczą; nowe surowice, oczyszczane na drodze fermentacyjnej czyli tak zwane fermo-surowice, zgodnie z współczesnymi poglądami dowiodły, że zarówno choroba posurowicza jak i pierwotny wstrząs posurowiczy mogą ulec znacznemu ograniczeniu tak co do częstości swego występowania jak i ciężkości objawów chorobowych.

Prof. dr M. SCHUBERT, Klinika Dermatologiczna w Frankfurcie n. M.,

DALSZE DOŚWIADCZENIA NAD CHEMOTERAPIĄ RZEŻĄCZKI

(Referat podług Derm. Woch. 1938, nr 27).

W Klinice Dermatologicznej w Frankfurcie od dawna już przeprowadza się badania nad stosowaniem Ulironu w rzeżączce. Przed dwoma laty donosił już *Schubert* (Derm. Woch. 1937, nr 49) o chemoterapeutycznych próbach leczenia rzeżączki:

Spośród 115 chorych rzeżączkowych, częściowo z świeżym zakażeniem, częściowo z chorobą podostrą, nie leczoną lub leczoną bezskutecznie (28 mężczyzn, 83 kobiety, 4 małe dziewczynki), 60 osób otrzymywało ambulatoryjnie Uliron, 45 Diseptal B, substancję pokrewną Ulironowi pod względem chemicznym, 10 zaś pacjentów przyjmowało zarówno Uliron jak i Diseptal B. Początkowe badania wstępne, przeprowadzane przy pomocy ostrożniejszego a więc mniej skutecznego dawkowania, doprowadziły do 5 nawrotów na 12 osób leczonych. W dalszym ciągu natomiast zastosowano w rzeżączce niepowikłanej podawanie w ciągu 3 dni po 6 tabletek, po czym dawkę tę powtarzano po 6-dniowej przerwie. W razie dalszego stwierdzenia obecności gonokoków zarządzano ponowną przerwę, po której podawano w ciągu 5 dni po 3 g dziennie. W rzeżączce powikłanej przeznaczano z góry na każde uderzenie 5 dni. *Schubert* z reguły stosuje co najmniej 2 uderzenia. Obok podawania Ulironu wchodzą w rachubę również przepłukiwania cewki moczowej wzgl. cewki moczowej i pochwy, wykony-

wane rano i wieczorem w okresie przerwy (nadmanganian potasu 1:10000—1:5000). Srebro jest przy tym zbędne lub nawet szkodliwe. Po ostatnim uderzeniu ulironowym nie stosuje się żadnego innego leczenia. Prowokacji dokonywano między innymi przy pomocy Gonarginu, płynu Lugola oraz miesienia, przy czym okres spostrzegania następczego wynosił u mężczyzn 7 dni oraz u kobiet 14 — 21 dni. Wyniki leczenia były bardzo dobre. U 103 chorych leczonych przy pomocy uderzeń doszło jedynie w 5 przypadkach do nawrotów. U wszystkich pozostałych nastąpiło wyleczenie (84 razy po dwóch, 8 razy po trzech i 6 razy po czterech uderzeniach). 2 spośród przypadków nawrotowych powiodło się wyleczyć dzięki zastosowaniu dalszych uderzeń.

Wielokrotnie gonokoki znikały z wydzieliny już w 3. lub 4. dniu leczenia. Stwierdzono również pomyślny wpływ na zapalenie najądrzy, zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie przydatków oraz rzeżączkowe zapalenie stawów. 8 razy doszło do lekkich objawów działania ubocznego: wysypka, bóle głowy, gorączka (39—40) oraz wymioty.

Do połowy r. 1938 *Schubert* przeprowadził leczenie u około 350 pacjentów. Obok wewnętrznego podawania Ulironu wzgl. Diseptalu B pod ścisłą kontrolą sióstr i pielęgniarzy, stosowano początkowo wyłącznie przepłukiwania roztworami nadmanganianu potasu. Płukania wykonywano 2 razy dziennie, w rzeżączce odbytnicy od samego początku stosowano również płukania odbytnicy.

Po przeprowadzeniu najkrótszego leczenia (2 uderzenia w odstępach 6 dni + płukania) osiągnięto już około 76% wyzdrowień. Jedno lub dwa dalsze uderzenia przyniosły u 350 chorych jeszcze 10 + 7% wyzdrowień. Tak więc łączny odsetek chorych, którzy powrócili do zdrowia, wyniósł 93%. Stwierdzenie wyleczenia przeprowadzano nie tylko na podstawie badania mikroskopowego, lecz również przy pomocy hodowli. U 8 chorych pomimo leczenia chemoterapeutycznego stwierdził *Schubert* dołączenie się powikłań w postaci zapalenia przydatków, zapalenia najądrzy lub nawet stawów. Bez względu na to, leczenie prowadzono dalej, osiągając zawsze pomyślny wynik.

Spośród działań ubocznych *Schubert* spostrzegał niekiedy zaburzenia żołądkowo-jelitowe (nudności, rzadko wymioty), niekiedy również bóle głowy i kończyn. Najnieprzyjemniejszymi objawami ubocznymi były pojawiające się niekiedy wysypki skórne. Nigdy nie spotykano zaburzeń w układzie nerwowym. Natomiast przy nie dającym się obecnie pomyśleć dawkowaniu bez kontroli mogą pojawiać się najcięższe objawy uboczne, o czym dowodzi doniesienie *Schuberta* o zakończonym śmiertelnie przypadku, w którym pod wpływem przedawkowania leku oraz uszkodzenia gonokokowego doszło do objawów zmiękznieniowych rdzenia.

Dr F. FRETWURST, Radca Tajny dr J. HALBERKANN i prof. dr F. REICHE.

PHANODORM I JEGO WYDZIELANIE Z MOCZEM

Szpital Ogólny Barmbeck w Hamburgu.
(Referat podług Münch. med. Wschr. 1932, nr 36).

Fretwurst, Halberkann i *Reiche* na podstawie swych spostrzeżeń nad setkami niepowikłanych postaci bezsenności określają Phanodorm jako niezawodny środek nasenny, wolny od działań ubocznych i z reguły

doskonale znoszony, bez jakichkolwiek zaburzeń. Nawet w wrzodzie żołądka nie spostrzegano żadnych objawów ubocznych; również długotrwałe zażywanie leku nie przyczyniło się do występowania wysypek skórnych. Niekiedy tylko zaznaczało się nieznaczne zahamowanie czynności jelita grubego. Po śnie spowodowanym Phanodormem nie spostrzegano ani znużenia poobiedniego ani też najlżejszego zamroczenia lub obniżenia ogólnej sprawności ustroju. Również w razie dłuższego podawania nic nie przemawiało za objawami kumulacji lub niebezpieczeństwem przyzwyczajenia się do leku. Sen trwał zazwyczaj 5 — 9 najczęściej zaś 6 — 8 godzin. Najlepsze skutki osiągano w czystych jedynie postaciach bezsenności. W razie równoczesnego istnienia bólów wypadało, zależnie od ich siły, kojarzyć Phanodorm z Pyramidonem lub podobnymi środkami przeciwbólowymi, niekiedy nawet z Pantoponem lub związkami pokrewnymi. Łączenie Phanodormu z bromem nie było niezbędne u żadnego spośród pacjentów. Jak długo bowiem pochodne kwasu barbiturowego zapewniają wystarczający sen, tak długo jest rzeczą pożyteczną unikanie bromu, będącego lekiem nie zawsze pożądanym. Większość pacjentów skutecznie leczonych Phanodormem składała się z ozdrowieńców po podostrych lub ostrych zakażeniach wewnętrznych (grypa), z chorych z wadami zastawkowymi serca, miażdżycą tętnic, nadciśnieniem, przewlekłymi zaburzeniami żołądkowo - jelitowymi jak również z bezsennością pochodzenia nerwowego. Nie leczono natomiast ciężkich stanów niepokoju nerwowego, histerii, padaczki, wyraźnych stanów pobudzenia oraz przygnębienia.

W dalszym ciągu swych doświadczeń *Fretwurst, Halberkann* i *Reiche* badali wydzielanie kwasu barbiturowego po zażyciu Phanodormu. W tym celu 4 ozdrowieńcom cierpiącym na bezsenność podawano Phanodorm w ciągu 10 dni. Pierwszy z badanych otrzymywał 0,4, pozostali zaś 0,5 g pro die. Phanodorm był znoszony bardzo dobrze. Nie stwierdzano ani przyspieszenia tętna, ani zmian w moczu, ani też zaburzeń żołądkowych. Dzięki wstępnym doświadczeniom na psach wyjaśniono powstawanie oraz własności produktów przemiany Phanodormu w ustroju. Z badań analitycznych wynika, że wydzielaniu ulega jedynie bardzo niewielka ilość nie zmienionego Phanodormu (2,5—6,3⁰/₀) natomiast 12,5—19⁰/₀ zażytego Phanodormu wydziela się w postaci produktu jego przekształcenia (kwasu etylcykloheksenylbarbiturowego?). Tak więc około 80⁰/₀ Phanodormu ulega w ustroju przekształceniu, przy czym dotychczas nie udało się odszukać niskodrobinowego produktu jego rozpadu. Na podkreślenie zasługuje szybkie ustanie wydzielania zarówno Phanodormu jak i produktu jego przekształcenia z chwilą zaprzestania podawania leku. Przemawia to za nieobecnością kumulacji. Badania przeprowadzone na 2 psach stwierdziły pod względem liczbowym te same stosunki co u człowieka (jeśli chodzi o nie zmieniony Phanodorm). Stwierdzenie przyjmowania Phanodormu jest najłatwiejsze przy pomocy produktu jego przekształcenia, co *Fret-*

wurst, Halberkann i *Reiche* stwierdzili 8-krotnie w przypadkach przedawkowania wzgl. samobójstwa. Dowodem nieszkodliwości Phanodormu niechaj będzie pewien przypadek usiłowanego samobójstwa, które nie powiodło się pomimo zażycia 20 tabletek leku wraz z 25 g chloroformu. Pacjent powrócił do zdrowia. Farmakologiczna nieczynność produktu przekształcenia Phanodormu została potwierdzona również w doświadczeniach na myszach.

Fakt, że Phanodorm podlega przekształceniu pod wpływem utleniania i odtruwa się nie gromadząc się w organizmie, zostaje potwierdzony dzięki spostrzeżeniom poczynionym przy łożu chorego. Pacjenci określali zawsze Phanodorm jako bardzo przydatny środek, wywołujący uczucie zdrowego znużenia, jako niezawodny lek nasenny, nadający się do zwalczania wszystkich przypadków czystej bezsenności, w której zmiana trybu życia oraz zabiegi fizykoterapeutyczne nie prowadzą do celu. Większa lub mniejsza osobnicza wrażliwość na działanie środków nasennych zaznacza się o tyle w Phanodormie, że niekiedy dawki średnie zawodziły, nigdy natomiast nie spostrzegano niepożądanie silnego działania pod wpływem zwykłych dawek. Rzecz zrozumiała, że niekiedy zaznaczały się indywidualne różnice w oddziaływaniu na wysokie dawki lecznicze jak i dawki toksyczne, przyjmowane w celach samobójstwa, co stanowi jedynie jeszcze jeden argument przemawiający za niemożliwością zbyt szematycznego stosowania barbiturowych środków nasennych. Istnienie całego szeregu środków nasennych grupy barbiturowej jest zjawiskiem pożądanym, umożliwiającym przeprowadzanie zmiany leków niezbędnych dla pacjentów cierpiących na bezsenność przez dłuższy okres czasu.

Prof. dr N. v. JAGIĆ i dr O. v. ZIMMERMANN-MEINZINGEN,
II Klinika Wewnętrzna w Wiedniu,

O KIŁOWYCH ZMIANACH TĘTNICY GŁÓWNEJ

(Referat podług Münch. med. Wschr. 1937, nr 44).

W aortitis luica leczenie przeciwkiłowe rozpoczyna się stale od stosowania jodu, z reguły w wstrzykiwaniach domięśniowych (2—3 razy tygodniowo). Niekiedy katar jodowy lub trądzik jodowy, stanowiące wyraz nadwrażliwości, zmuszają do poniechania leczenia jodowego. Również w razie odosobnionego pojawienia się objawów tyreotoksycznych — gdyż osobniki kiłowe nie są uodpornione względem tyreotoksykozy — należy natychmiast poniechać podawania jodu.

Po ukończeniu tego 4—5-tygodniowego leczenia jodem *v. Jagić* i *v. Zimmermann* rozpoczynali najczęściej domięśniowe stosowanie bizmu-

tu; początkowo wstrzykiwano tygodniowo 2 razy po 0,5 cm^3 następnie zaś od 3. tygodnia 2 razy tygodniowo po 1 cm^3, do łącznej dawki 15 — 20 cm^3. Z chwilą osiągnięcia dawki 8 cm^3 bez jakiegokolwiek odczynu ze strony serca, rozpoczynano dopiero wstrzykiwania Neosalvarsanu, i to początkowo w dawce nie wyższej niż 0,075 g (= 1/2 dawki I) raz tygodniowo. Skoro po 3 wstrzykiwaniach nie pojawiły się żadne zaburzenia, wówczas począwszy od 4. do 6. tygodnia wstrzykiwano całą dawkę I (0,15 g) oraz w razie dobrej tolerancji dawkę II (0,3 g), aż do ilości łącznej 4 g Neosalvarsanu. Powyższy szemat leczniczy powinien jednak podlegać indywidualnym zmianom w zależności od przypadku. Pomimo tak ostrożnego postępowania, zdarzają się niekiedy wypadki zejścia śmiertelnego podczas leczenia swoistego; *v. Jagić* stracił w ten sposób przed laty jednego pacjenta.

W razie objawów niewydolności krążenia stosuje się strofantynę. Leczenie zimnicą nie wchodzi w rachubę, pomimo tego jednak zmiany kiłowe tętnicy głównej nie stanowią przeciwwskazania dla stosowania zimnicy, którą następnie usuwa się przy pomocy Plasmochiny i Atebriny.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Działanie dezoksykortikosteronu na gospodarkę wodną i solną.

Również *Heni* stwierdził, że przybytek wagi osiągnięty pod wpływem podawania hormonu kory nadnerczy oraz soli kuchennej (10 g dziennie) + cytrynian sodu (5 g dziennie) zależy od zatrzymania wody w ustroju a więc od obrzęku. Wreszcie obrzęk obejmuje nawet i płuca, co może być przyczyną zejścia śmiertelnego, jak to *Heni* osobiście spostrzegał u pewnego pacjenta z chorobą Addisona, który zachorował na grypę. Również inni autorzy obserwowali powstawanie ciężkich obrzęków u chorych na chorobę Addisona i leczonych hormonem kory nadnerczy oraz solą kuchenną. Także u ludzi nie cierpiących na chorobę Addisona, dezoksykortikosteron wywołuje wyraźną retencję wody i soli, przyczynia się do rozwodnienia krwi oraz przybytku wagi ciała. Równoczesne dodanie NaCl jeszcze bardziej zwiększa zatrzymanie wody. W przeciwstawieniu do powyższych spostrzeżeń Cortenil (5—10 mg) nie wywołuje u zdrowych tego wyraźnego (niepożądanego) wpływu na gospodarkę wodną i solną. Fakt powyższy znalazł potwierdzenie również u pewnego chorego z chorobą Addisona. *Heni* jest zdania, że przyczyną tego zjawiska jest obecność w Cortenilu jeszcze innych składników kory nadnerczy. W celu uniknięcia uszkodzeń przy stosowaniu składników kory nadnerczy *Heni* doradza ostrożne dawkowanie (przede wszystkim soli kuchennej).

Dr F. Heni,
Klinika Wewn., Tübingen.

(Z. exp. Med. 1941 t. 108)

O wściekliźnie.

W Generalnym Gubernatorstwie wścieklizna zalicza się do niezbyt rzadkich chorób zwierząt domowych. W ciągu pierwszych 9 miesięcy 1940 r. wściekłe psy pokąsały 1509 ludzi, spośród których zmarło 17. U łagodnych psów stwierdza się częściej spokojnie przebiegającą wściekliznę, podczas gdy psy z natury złe łatwiej zapadają na wściekliznę połączoną z szałem. U kotów przeważa postać szałowa, u koni również, u bydląt spotyka się częściej postać spokojną. W stadzie bydła liczącym 74 sztuki prawie wszystkie zwierzęta zapadły na spokojnie przebiegającą wściekliznę; 25 (= 34%) padło. Również kogut, pokąsany przez wściekłego psa, zachorował, wykazując niezwykłą agresywność względem każdej istoty żyjącej. Z pasażów na zwierzętach zdaje się wynikać, że zarazek nie jest jednolity; tak więc niekiedy spostrzegano, że zarazek, który u krów wywoływał najcięższe zaburzenia, nie wpływał zupełnie na skądinąd bardzo wrażliwe psy.

Dr Schaaf, Kraków,

(D. T. W. 1941, t. 11

Jak długo antytoksyna pozostaje w ustroju?

Surowice, to zn. przeciwciała, pozostają rzekomo w ustroju w ciągu 2 — 3 tygodni, jednakże istnieją antytoksyny, które utrzymują się we krwi znacznie krócej, np. 5 — 6 dni, jak to stwierdza się w cholerze kur. W próbach nad świńską surowicą dżumową okazało się, iż surowica obcogatunkowa znika szybciej niż surowica równogatunkowa. Tak więc

po podskórnym wstrzyknięciu surowicy równogatunkowej, ilość antytoksyn zmniejsza się codziennie o 5%; analogiczna wartość dla surowicy obcogatunkowej wynosi 10%. Liczby powyższe odnoszą się do doświadczeń na świniach; u owiec i bydląt surowica znika wolniej, mniejwięcj około 5% dziennie po wstrzyknięciu surowicy obcogatunkowej. Przy wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej ubytek antytoksyn może wynosić 25 — 35% w ciągu pierwszych 24 godzin. Na 2. i 3. dzień ubytek ten jest jeszcze duży, później zaś antytoksyny znikają z krwi już znacznie wolniej.

Dr Köves i *dr Hoffman*,
Budapeszt.

(Arch. Tierhlkd., 1941, t. 76)

O leczeniu wiosennego nieżytu spojówek.

U 8- do 18-letnich pacjentów, którzy cierpieli na wiosenny nieżyt spojówek, już nieliczne wstrzykiwania Torantilu usuwały zarówno swędzenie jak i pozostałe dolegliwości.

Dr Boross,
Klinika Oczna w Budapeszcie.

(Albrich-Pamiętnik, 1940)

Rhinitis vasomotoria.

W razie stwierdzenia alergenu, wywołującego naczynioruchowy nieżyt nosa, należy przeprowadzić leczenie odczulające. W przeciwnym razie wypada stosować objawowo adrenalinę, efedrynę, wapń i t. p. jak również Torantil (co 2 dni po 1 ampułce lub 3 razy dziennie po 1 — 3 drażetek, albo 1/2 — 1 cm^3 w postaci rozpylań do nosa); w odpowiednich przypadkach leczenie operacyjne polipów oraz przerostu muszli nosowych.

Dr A. Greifenstein,
Królewiec.

(Münch. Med. Wschr., 1941, Nr 10)

Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami.

Do okołonerwowych (obwodowych lub paravertebralno - sakralnych) wstrzykiwań w rwie kulszowej stosuje *Vaubel* 1/4 — 1/2%-owy roztwór Novocain z dodatkiem NaCl, a mianowicie 20 — 50 cm^3 w leczeniu ambulatoryjnym oraz 50 — 150 cm^3 w leczeniu klinicznym (stosownie do okoliczności podzielone na szereg wstrzykiwań).

Dr E. Vaubel, Wiesbaden.

(Zschr. für Rheumaforschung, 1941, t. 4)

Leczenie plucia krwią u gruźlików.

W krwotokach płucnych (w tbc.) stosował *Tsoukas* 1 — 5 wstrzykiwań Manetolu dziennie; krwawienie ulegało zatrzymaniu, przy czym dalsze spostrzeganie w ciągu miesiąca nie stwierdzało nawrotów.

Dr A. Tsoukas, Ateny.

(Thym. Epitheor., 1940, Nr 7)

Jak zwalczać bóle towarzyszące rakowi?

W celu zwalczania bólów towarzyszących rakowi poleca *Auler* kodeinę, Gelonida antineuralgica i in. Wrzodziejące raki powłok możnaby przepłukiwać przy pomocy Rivanolu. W bólach wywołanych uciskiem wchodzi w rachubę Novalgin oraz krople eterowo - chloroformowe. Jad żmij (Behringwerke i in.) wywiera najintensywniejsze działanie przeciwbólowe jeśli go się łączy z lecytyną.

Prof. dr Auler, Berlin.

(Zschr. für ärztl. Fortb., 1941, Nr 3)

Biologiczne i kliniczne znaczenie laktoflaviny.

Znane są następujące objawy niedoboru laktoflaviny: przeczosy ust, zmiany łojotokowe w fałdzie nosowo-wargowym, niedokrwistość wtórna, zaburzenie wchłaniania tłuszczów, obniżenie kwaśności soku żołądkowego, porfirynuria, osłabienie, znużenie, płaski przebieg krzywej przecukrzenia po obciążeniu cukrem gronowym. B_2 wspomaga fosforylizujące działanie kory nadnerczy.

Dr A. Vanotti,
Klin. Wewn. Lozanna.

(Klin. Wschr., 1941, Nr 5)

Porównawcze spostrzeżenia doświadczalne i kliniczne nad hormonami płciowymi oraz rujotwórczym ciałem szeregu stilbenu — dwuetyldwuoksystilbenu (Cyrenem).

3-letnie doświadczalne i kliniczne badania stwierdziły, że Cyren podobnie jak pozostałe ciała rujotwórcze nie kryje w sobie żadnych innych własności uszkadzających aniżeli reszta hormonów płciowych. Wymioty pojawiające się niekiedy po doustnym podawaniu, spostrzegane np. dwukrotnie u pacjentek leczonych przetworem niezestryfikowanym, spostrzega się znacznie rzadziej od chwili zastosowania przetworów zestryfikowanych (Cyren B). Ponadto u obydwu kobiet istniał nieżyt żołądka. *Ratschow* przyznaje, że pomimo dużego podobieństwa Cyrenu B do follikuliny nie można mówić o całkowitej identyczności działania tych leków. *Ratschow* np. stwierdził pod wpływem Cyrenu B znacznie silniejsze efekty przekrwienne niż pod wpływem follikuliny. Szczególnie dobrze działa maść cyrenowa w zakrzepowym zapaleniu żył i t. p. (p. Ergebn. inn. Med. t. 60).

Dr Ratschow,
Klin. Wewn., Halle.
(D. M. W., 1941, Nr 4)

Hiperwitaminoza A u człowieka.

Henschen dowodzi, że w przeciwstawieniu do poprzednich doniesień, również u człowieka może występować hiperwitaminoza A pod następującymi postaciami: 1. zwykłe ksantemie (= atoksyczne karotynemie), 2. jawne ksantemie z żółtym zabarwieniem skóry, jednak bez szczególniejszych zaburzeń, 3. przedtoksyczne ksantozy w upośledzeniu czynności wątroby oraz 4. niewyrównane ksantozy (toksykoza na tle nadmiaru witaminy A, glomerulonephrosis z zawapnieniami oraz gromadzeniem się tłuszczu, zaburzenia spermiogenezy u zwierząt). U pewnej kobiety jako wyraz hiperwitaminozy A spostrzegał *Henschen* osłabienie, wychudnienie, obrzmienie wątroby, kamicę z nadmiaru witaminy, obrzmienie śledziony, urobilinomocz, niedokrwistość niedobarwną, leukopenię, wtórny niedobór C, parestezje oraz wytwarzanie się zaćmy. Zaburzenia miały być wywołane nadmiarem witaminy A, nie zaś karotyny. Wspomniana pacjentka została przywieziona z powodu „żółtaczki kamiczej“. Właściwe rozpoznanie zostało dopiero ustalone w klinice: żółtaczka rzekoma z powodu pokarmowej ksantodermii, wywołanej nadmiernym spożywaniem marchwi. Pacjentka ta całymi miesiącami spożywała codziennie do 1 kg surowej marchwi, to zn. mniej więcej 30-krotną koniecznej dawki. Hipowitaminoza A daje obraz zbliżony do hiperwitaminozy A, co posiada swą analogię również w objawach nadmiaru i niedoboru witaminy D. Zabiegami skierowanymi przeciwko hiperwitaminozie A są: małe dawkowanie A, dieta w miarę możności nie zawierająca tłuszczów, promienie pozafiołkowe inaktywujące karotyninę, przetwory gruczołu tarczowego, hormony płciowe, środki żółciopędne, oraz dieta ochraniająca wątrobę.

Dr C. Henschen,
Klin. Chir. w Bazylei.
(Schweiz. Med. Wschr., 1941 Nr 11)

Włośnica.

W Norwegii włośnica do niedawna była istotnie rzadką jednostką chorobową;

190/130 do 175/100. Również u 2. chorego *Perras* spostrzegał podobnie pomyślny wynik.

Dr T. Perras,
Miejski Szpital Elpis w Atenach.
(Dtsch Zschr. für Chir. 1040 t. 254)

Solu — Salvarsan.

U pewnego 28-letniego syfilityka (WR ++) stosowano różne przetwory arsenobenzolowe. Po początkowej dobrej tolerancji leki te nie mogły być stosowane w dalszym ciągu, ponieważ pojawiała się gorączka. Wreszcie przeprowadzono leczenie Solu - Salvarsanem, wstrzykując 1/4, 1/2 i t. d. aż do 6 cm^3. *Vezirtzis* stosował Solu - Salvarsan również u innego luetyka. Odczyny surowicze stały się wkrótce ujemne podobnie jak i u 1. chorego. Solu-Salvarsan był dobrze znoszony przez chorych, którzy uprzednio nie tolerowali przetworów arsenowych, oddziałując na nie gorączką i zapaleniem skóry. Domięśniowe wstrzykiwania były nieomal zupełnie niebolesne. Niekiedy tylko stwierdzano niewielką gorączkę po pierwszych wstrzyknięciach, nigdy jednak nie było żadnych poważniejszych zaburzeń.

(Dr P. Vezirtzis, Ateny.
(Akad. Iatrik., 1940, z. 7)

Leczenie jaglicy Prontosilem.

W Chiengrai 83% dzieci w wieku szkolnym choruje na jaglicę. *Sandhinand* próbował u 50 chorych leczenia Prontalbiną (15 g w ciągu 5 dni) lub Prontosilem rubrum (15 g w ciągu 6 dni) oraz solubile (5 wstrzykiwań 5%). Ponadto stosowano miejscowo siarczan miedzi. Po leczeniu Prontalbiną rozpoczynała się poprawa w ciągu 4—8—11 dni. Ropna wydzielina znikła w 70%, światłowstręt w 60%, grudki zaś ustępowały w 41%. Pomyślniejszy był skutek stosowania Prontosilu rubrum + solubile. Poprawa rozpoczynała się tu w 3. — 9. dniu. Wydzielanie ropy ulegało zahamowaniu w 88%, łzawienie w 92%, światłowstręt ustępował w 80%, grudki również w 80%. Dalsze badania wykażą dopiero, czy wyłączne zastosowanie Prontosilu rubrum stanowi rękojmię wyleczenia jaglicy.

Dr N. D. Sandhinand,
Chiengrai.
(Med. Il. of Thailand, 1940 XXIII)

Dystrofia przysadkowa pochodzenia urazowego.

Na tle ciężkiego zranienia okolicy skroniowej z wielodniową utratą przytomności doszło u skądinąd zdrowego 3-letniego chłopca do powstania otyłości, wyłysienia, niedorozwoju narządów płciowych (które u obecnie 11-letniego posiadają wymiary odpowiadające wiekowi 5 lat), apatii, ciągłego drżenia rąk i t. p. Obecnie przystąpiono do stosowania Prelobanu doustnie i domięśniowo. Już po 2 miesiącach jądra uległy wyraźnemu powiększeniu, podściółka tłuszczowa wybitnie zmniejszyła się (6 kg); w 3 miesiące później stwierdzono już porost włosów na całej głowie (wyjąwszy miejsce urazu), brwiach i rzęsach. Preloban (gonadotrofina przysadkowa) stosuje się obecnie u pacjenta co 2 dni pozajelitowo, ponadto zaś witaminę D oraz wyciąg gruczołów przytarczowych. Pojawiły się znów nowe włosy, tak że istnieje uzasadniona nadzieja na całkowity powrót uwłosienia głowy.

Dr C. de la Puente.
(Rev. Med. Peruana 1940 t. 12)

Wydawca: »Bayer« -PHARMA
Warschau, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr. 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE: